

CONTRIBUTION A L'ETUDE
de la
Perforation des ulcères peptiques
en
PÉRITOINE LIBRE

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 15 mars 1938

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARTIN (Paul-François-Théophile)

Diplômé d'Hygiène

né le 21 Mai 1912, à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

Examinateurs de la Thèse : { MM. HAMANT, Professeur..... Président.
BINET, Professeur..... }
BODART, Agrégé..... } Juges.
CHALNOT, Agrégé..... }

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage

1938



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
de la
Perforation des ulcères peptiques
en
PÉRITOINE LIBRE

CONTRIBUTION A L'ETUDE
de la
Perforation des ulcères peptiques
en
PÉRITOINE LIBRE

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 15 mars 1938

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARTIN (Paul-François-Théophile)

Diplômé d'Hygiène

né le 21 Mai 1912, à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. HAMANT, Professeur	Président.
		BINET, Professeur	Juges.
		BODART, Agrégé	
		CHALNOT, Agrégé	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage
1938

UNIVERSITÉ DE NANCY - FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen: M. L. SPILLMANN, C $\star$, I $\odot$

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, $\star$, I $\odot$; WEISS, O $\star$, I $\odot$;
BOUIN, O $\star$, I $\odot$; ANCEL, $\star$, I $\odot$; GARNIER, $\star$, I $\odot$; MACÉ, $\star$, I $\odot$;
P. PARISOT, O $\star$, I $\odot$; DUFOUR, $\star$, I $\odot$;
HOCHÉ, O $\star$, I $\odot$; FRÉLICH, $\star$, I $\odot$; LAMBERT, $\star$, I $\odot$.

PROFESSEURS:

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, C $\star$, I $\odot$.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. FRUINSHOLZ, O $\star$, I $\odot$.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, $\star$, I $\odot$.
Clinique de chirurgie urinaire.	M. P. ANDRÉ, O $\star$, I $\odot$.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I $\odot$.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, O $\star$, I $\odot$.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I $\odot$.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I $\odot$.
Clinique médicale	M. M. PERRIN, $\star$, I $\odot$.
Hygiène et médecine préventive.	M. J. PARISOT, C $\star$, I $\odot$.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I $\odot$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I $\odot$.
Physiologie	M. SANTENOISE, $\star$, I $\odot$, A $\odot$.
Clinique des maladies des enfants.	M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\odot$.
Bactériologie et parasitologie médicale.	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\odot$.
Thérapeutique	M. P. SIMONIN, I $\odot$.
Clinique gynécologique	M. BINET, $\star$, I $\odot$.
Pathologie chirurgicale	M. BARTHELÉMY, $\star$, I $\odot$.
Anatomie pathologique	M. WATRIN, $\star$, I $\odot$.
Hydrologie	N...
Professeur sans chaire	M. L. JOB, $\star$, I $\odot$.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES:

Clinique des maladies tuberculeuses.	M. ABEL, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, I $\odot$, professeur.
Pathologie externe	M. DROUET, I $\odot$, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses.	M. GUILLEMIN, A $\odot$, agrégé.
Clinique des vieillards	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\odot$, profess.
Propédeutique dermatologique	M. DROUET, I $\odot$, agrégé.
Electrothérapie et radiologie.	M. WATRIN, $\star$, I $\odot$, pr.
Accouchements (cours théorique).	M. G. LAMY, $\star$, I $\odot$, ch. du c. ag. 1.
Obstétrique	M. JOB, $\star$, I $\odot$, prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Anatomie et Médecine légale.	M. KISSEL, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Clinique des maladies mentales.	M. ABEL, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Education physique (1)	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, I $\odot$, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. L. MERKLEN, I $\odot$, agrégé.
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, $\odot$, docteur.
	M. DOMBRAY, $\odot$, docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

MM. MERKLEN, I $\odot$.	MM. WOLFF, A $\odot$.	MM. GUILLEMIN, A $\odot$.
FLORENTIN, $\odot$.	MELNOITE, O $\star$.	ABEL, $\star$, A $\odot$.
BODART.	MUTEL, $\star$, I $\odot$.	DROUET, A $\odot$.
CHALNOT.	VERMELIN, $\star$, A $\odot$.	KISSEL.

AGRÉGÉS LIBRES:

MM. G. GROSS, $\star$, I $\odot$; S. RÉMY, I $\odot$; BUSQUET, I $\odot$;
LAMY, $\star$, I $\odot$.

M. E. TRIBOLET, I $\odot$, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver



A MES PARENTS

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HAMANT

Professeur de Clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

A mes Juges:

M. LE PROFESSEUR BINET

Professeur de Clinique gynécologique
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR BODART

Agrégé de Chirurgie infantile

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALNOT

Chargé de Clinique chirurgicale

INTRODUCTION

Depuis le grand développement de la chirurgie de l'estomac, on a étudié une complication relativement rare: l'ulcère peptique post-opératoire, se produisant sur la bouche de gastro-entérostomie ou sur l'une ou l'autre anse jéjunale anastomosée à l'estomac.

Cet ulcère peut-être la cause d'un accident redoutable: la perforation, soit dans un organe creux: fistule jejuno-colique, soit en péritoine cloisonné, soit enfin en péritoine libre. C'est à l'étude de la perforation en péritoine libre de l'ulcère peptique post-opératoire que nous voulons apporter une modeste contribution.

Un cas observé récemment à la clinique chirurgicale de M. le Professeur agrégé CHALNOT, nous aidera, en le rapprochant des cas relevés dans la littérature, à compléter les statistiques actuelles.

Certains ulcères ont une grande tendance à se perforer, à se reproduire et à se perforer de nouveau une fois ou plusieurs. Nous tirerons de l'étude des cas précis, les principes essentiels du traitement à leur opposer.

OBSERVATION PERSONNELLE

G... Edouard, âgé de 55 ans, entre à la clinique chirurgicale le 19 novembre 1937 au soir.

Le 15 octobre 1935 il a perforé un ulcère prépylorique jusqu'alors absolument muet cliniquement. Le docteur Bertrand intervient 2 heures après. Il suture la perforation et pratique une gastro-entérostomie transmésocolique postérieure à la suture. Il place un drain et une mèche dans le foyer de perforation et pratique un drainage sus-pubien. L'anesthésie a eu lieu au mélange de Schleich.

Le malade ne souffre plus depuis l'opération, digère bien et reprend une vie absolument normale jusqu'au 19 novembre 1937, date à laquelle, à 16 heures, il ressent brutalement une douleur ombilicale atroce et vomit. Il est amené au service à 21 heures. A l'entrée: faciès tiré, pouls assez bien frappé à 90 pulsations température 37°9, ventre météorisé, sans contracture nette, mais le malade a reçu une injection de deux centigrammes de morphine une heure avant. Sonorité de tout l'abdomen. Pas de gaz. On pense soit à une occlusion par brides, soit à une perforation itérative dont les signes cliniques seraient en partie masqués par la morphine qu'a reçue le malade.

L'intervention est immédiatement pratiquée. Il est 21 h. 30 (opérateur: Professeur CHALNOT; aide: GRUMILLIER). Sous anesthésie générale, laparatomie à cheval sur l'ombilic; dès l'ouverture du péritoine, issue de gaz et de liquide blanchâtre. On recherche la perforation tout d'abord au pylore, mais celui-ci est complètement masqué

par des adhérences nombreuses et très serrées. Le méso-colon est également très rétracté. On se porte alors vers la première anse et on trouve, sur un ulcus peptique gastro-jéjunal ancien, une perforation siégeant sur la bouche même de gastro-entérostomie, du diamètre d'une pièce de 1 franc. L'estomac et le jejunum sont très infiltrés et œdématiés au voisinage. On pratique alors un enfouissement de la perforation par plicature large au catgut n° 3, les tissus très friables coupant au fil de lin. A ce moment, le malade fait une syncope bleue impressionnante et on termine très rapidement par une gastro-entérostomie antérieure à anse longue au bouton de Jaboulay, la plicature d'enfouissement ayant considérablement rétréci la bouche de gastro-entérostomie postérieure. Suture de la paroi par des points séparés à la soie en un plan.

Les suites opératoires sont très simples: le poulx remonte rapidement; émission de gaz et selle spontanée le troisième jour. Le bouton est rendu le dixième jour. Le malade se rétablit progressivement et quitte l'hôpital le 16 décembre 1937.

HISTORIQUE

Quinze ans après la première gastro-entérostomie pratiquée par WÆLFLE en 1882, BERG signala le premier ulcère peptique en 1897.

Le premier cas de perforation de cette forme d'ulcère, fut rapporté deux ans plus tard par BRAUN, en 1899, qui créa le terme « ulcère peptique ». Ce fut le cas d'un jeune homme de 25 ans, que BRAUN avait opéré 11 mois auparavant pour sténose du pylore par ulcère, par une gastro-entérostomie postérieure à la suture, et qui mourut avec des signes de péritonite aiguë. L'autopsie montra un orifice à l'emporte-pièce sur l'anse efférente du jejunum, à un centimètre de la bouche de gastro-entérostomie, et communiquant directement avec la cavité abdominale.

En 1902 GÆPEL rapporta la première suture de perforation aiguë d'ulcère jéjunal suivie de guérison.

Dans l'un des premiers travaux traitant de ce sujet, PATERSON en 1909, employa le terme « d'ulcère gastro-jéjunal ». A cette époque il rapporta 52 cas d'ulcères gastro-jéjunaux certains.

La quantité d'ulcères rapportés, augmente très rapidement puisque le nombre passe de 52 en 1909 à 156 en 1914 et 400 en 1921.

Mais tandis que LÆWY consacre sa thèse en 1921 aux fistules jéjuno-coliques, la perforation en péritoine libre des ulcères peptiques, intéresse peu les auteurs.

Avant 1927, après la publication de BRAUN en 1899, nous citerons l'article de GOSSET dans la *Revue de Chirurgie* de 1906, et le rapport de HARTMANN à la *Société de Chirurgie de Paris*, en 1913, à l'occasion du cas relaté par MARQUIS.

LEVEUF publie alors en 1927 dans la *Revue de Chirurgie*, le premier article groupant 32 cas de perforations en péritoine libre, à l'occasion d'une observation personnelle présentée à la *Société de Chirurgie de Paris*, en 1926.

En 1931, les Professeurs GOSSET et LERICHE dans leur rapport au Congrès français de chirurgie, ont seulement en vue l'ulcère peptique simple et la fistule jéjuno-colique.

En 1932 Louis MICHON présente à la *Société de Chirurgie de Paris*, un cas très intéressant, tant au point de vue du traitement immédiat que du traitement ultérieur.

La même année BERTRAND et ETIENNE-MARTIN en relatent un cas dans le *Lyon Chirurgical* et en 1933 ils présentent un travail dans lequel ils ajoutent 34 observations aux 32 de LEVEUF, soit 66 cas.

En 1934 MAKKAS, traite cette question en rapportant 120 cas, tandis qu'en 1936 TOLAND et THOMPSON de Los Angeles, rapportent une statistique de 103 cas, parmi lesquels 10 nouveaux.

Actuellement il n'est plus possible d'établir une statistique générale, tant les cas rapportés sont dispersés dans la littérature mondiale.

Notre statistique portera sur 123 cas.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° Localisation

On est frappé à l'étude de la localisation différente de ces ulcères. Les uns siègent sur la bouche même de la gastro-entérostomie, les autres sur le jejunum, soit sur l'anse efférente, soit sur l'anse afférente, soit enfin en face de la bouche de gastro-entérostomie.

2° Nombre

Signalons, d'autre part, qu'à l'opération ou à l'autopsie, on a découvert dans certains cas, non pas un seul mais *plusieurs* ulcères peptiques, et que même on a trouvé *plusieurs perforations simultanées*, ce qui montre déjà la tendance perforative de ces ulcères.

3° Caractères anatomiques

Si on les compare au point de vue anatomique on remarque qu'ils varient « depuis la perforation à l'emporte-pièce à bords souples sur une anse dont les tissus ne sont ni œdématiés ni infiltrés, jusqu'à la perforation irrégulière à bords déchiquetés sur un ulcère calleux infiltrant ». (BERTRAND et E. MARTIN).

Nous reprendrons donc la classification de LIEBLEIN, en ulcères gastro-jéjunaux et en ulcères jéjunaux, en y ajoutant comme LEVEUF et BERTRAND et E. MARTIN un troisième groupe d'ulcères multiples. Nous écarterons la classification de TOLAND et THOMPSON qui ne tiennent pas compte des données anatomo-pathologiques et distinguent l'ulcère chronique pénétrant et l'ulcère aigu perforant, distinction qui nous semble être due uniquement à des temps d'évolution différents. Cette classification n'est d'ailleurs différente de la nôtre qu'apparemment, puisque nous verrons, en étudiant l'intervalle entre la première opération et la perforation de l'ulcère peptique, au chapitre de l'étiologie, les différences d'évolution entre les ulcères jéjunaux et les ulcères gastro-jéjunaux.

A) LES ULCÈRES GASTRO-JÉJUNAUX

La *localisation* de ces ulcères est signalée indifféremment à droite ou à gauche, ou encore en avant de la bouche. Dans quelques cas on la trouve même sur la face stomacale de la bouche de gastro-entérostomie.

Les *dimensions* de la perforation sont également très variables, allant du petit orifice lenticulaire jusqu'à un orifice de un centimètre de diamètre, et plus, quelquefois. Dans notre cas, la perforation est de la taille d'une pièce de un franc.

Les *caractères* de ces ulcères sont plus intéressants. Ce sont, en général, des ulcères anciens, présentant une perforation irrégulière à bords déchiquetés. La plupart de ces observations signale des tissus œdé-

mateux, des perforations sur ulcère calleux, sur une bouche déjà rétrécie. Les bords en sont épais et durs. L'inflammation a même gagné les tissus environnants: le mésocolon transverse, auquel a été fixée l'anastomose lors de la première intervention, participe aux réactions de voisinage et son infiltration vient ajouter aux difficultés opératoires (BERTRAND et E. MARTIN).

Les caractères de l'ulcère dans notre cas, se rapprochent de ceux-ci au plus haut point: on trouve des adhérences nombreuses et très serrées, un ulcus peptique ancien, et à son voisinage l'estomac et le jéjunum sont très infiltrés et œdématiés.

Les ulcères gastro-jéjunaux présentent donc la plupart des caractères anatomiques des ulcères perforés de la petite courbure à bords épais et infiltrés. Ce sont comme eux, pour le plus grand nombre, des ulcères invétérés, des ulcères calleux, dont la perforation est un accident évolutif (LEVEUF).

Nous les rapprocherons de l'ulcère chronique pénétrant de TOLAND et THOMPSON.

B) LES ULCÈRES JÉJUNAUX UNIQUES

Le *siège* de ces ulcères, quoique variable, lui aussi, quant à l'anse jéjunale atteinte, marque une très grande préférence pour l'anse efférente. Sur 58 cas dans lesquels le siège de la perforation est rapporté, nous trouvons: 5 cas sur le jejunum afférent, 14 cas en face de la bouche de gastro-entérostomie et 39 cas sur le jejunum efférent, soit 67 % environ.

La *distance* entre la perforation et la bouche de gastro-entérostomie est également très variable. Elle dépasse quelquefois 10 centimètres.

Les *dimensions* de ces perforations sont plus larges que celles des ulcères gastro-jéjunaux.

Leurs *caractères* sont les suivants: ce sont des perforations à l'emporte-pièce, qui se font pour ainsi dire en tissus sains, la perforation étant presque la première manifestation de l'ulcère, qui n'a cliniquement donné aucun symptôme avant de se manifester par ces signes aigus. Les tuniques intestinales restent souples, apparaissent simplement hypervascularisées. La séreuse est rouge, tomenteuse (BERTRAND et E. MARTIN).

Nous signalons l'existence de *dilatation de l'anse efférente* sur laquelle GOSSET insistait déjà en 1906, et que LEVEUF signale dans son cas personnel.

Nous les rapprocherons des « ulcères aigus pénétrants » de TOLAND et THOMPSON.

C) LES ULCÈRES MULTIPLES

Les trouvailles d'autopsie ont montré que les lésions étaient très diffuses, et qu'il existait à côté de la ou des perforations, un nombre indéterminé d'ulcères en évolution. Leur siège affecte non seulement la bouche de gastro-entérostomie, mais les deux anses efférente et afférente.

Nous avons pu en réunir 19 cas. Ces ulcères sont très intéressants au point de vue de l'idée qu'on s'est faite de l'existence d'une « maladie ulcéreuse ». Ils en seraient l'image poussée à l'extrême.

ETIOLOGIE

Incidence

Le fait que beaucoup de cas n'ont pas été rapportés, nous empêche d'établir l'incidence exacte de la perforation aiguë de l'ulcère peptique. Nous devons nous contenter des estimations publiées.

LIEBLEIN en 1925 sur 129 cas d'ulcères peptiques, trouve 30 perforations aiguës, soit une incidence de 23 %.

LEVEUF en 1927 donne une incidence de 20 à 25 %.

WRIGHT trouve 32 perforations sur 165 cas, soit 19 % environ.

Par contre URRUTIA ne signale que 3 perforations sur 229 cas, soit 1,3 %.

Enfin en 1936, TOLAND et THOMPSON partant des estimations de SOKOLOW, LAHEY et JORDAN, qu'il y a 1.000 cas d'ulcères peptiques rapportés dans la littérature, trouveraient une incidence d'environ 10 % avec les 103 cas de perforations qu'ils ont réunis dans leur travail.

Ces écarts importants montrent bien qu'il est impossible d'avoir une idée exacte de l'incidence de la perforation en péritoine libre des ulcères peptiques.

Conditions d'apparition de la perforation

Certaines semblent venir du patient lui-même : l'âge, le sexe masculin, la maladie antérieure et ses complications, la forte concentration d'acide chlorhydrique libre, l'infection coexistante, et aussi le manque de suivre un traitement médical post-opératoire.

D'autres sont des conditions techniques : la gastro-jéjunostomie antérieure, l'anastomose en Y de ROUX, la jéuno-jéjunostomie, l'occlusion artificielle du pylore (exclusion du pylore de Von EISELBERG), l'emploi des boutons, et les sutures non résorbables.

Nous passerons en revue certaines de ces conditions en donnant les chiffres donnés par les auteurs :

1° *L'âge* : il est très variable. BERTRAND et E. MARTIN trouvent des perforations de 2 mois à 64 ans, avec un maximum de 30 à 50 ans.

TOLAND et THOMPSON avec des extrêmes de 2 mois à 65 ans trouvent un maximum entre 20 et 30 ans et 40 et 50 ans. Notre étude portant sur 110 cas, donne les chiffres suivants :

TABLEAU I

		Ulcères gastro- jéjunaux	Ulcères jéjunaux uniques	Ulcères multiples
De 0 à 10 ans.....	1	»	»	1
De 10 à 20 ans.....	4	»	3	1
De 20 à 30 ans.....	26	4	17	5
De 30 à 40 ans.....	41	7	27	7
De 40 à 50 ans.....	26	10	12	4
De 50 à 60 ans.....	10	2	7	1
De 60 à 70 ans.....	2	1	1	»
	110	24	67	19

soit un maximum de 30 à 40 ans.

2° Le *sexe*, rapporté dans 99 observations donne à TOLAND et THOMPSON, un pourcentage de 90 % en faveur des hommes.

BERTRAND et E. MARTIN trouvent un pourcentage de 83,35 % en faveur du sexe masculin, sur 48 cas.

Nous trouvons 115 cas où le sexe a été donné, soit 10 femmes pour 105 hommes. Le pourcentage sera donc de 91,3 % en faveur du sexe masculin.

3° Etudions maintenant la *maladie antérieure*. Elle est rapportée dans 116 cas.

Nous différencierons la maladie antérieure proprement dite: l'ulcère, des complications de cette maladie et particulièrement la perforation d'ulcère gastrique ou duodénal.

TABLEAU II

MALADIES ANTÉRIEURES

		Ulcères gastro- jéjunaux	Ulcères jéjunaux uniques	Ulcères multiples
Ulcère gastrique.....	46	16	22	8
Ulcère duodéal	43	7	30	6
Sténose du pylore.....	20	2	15	3
Cancer	1	»	»	1
Hypertrophie du pylore.	1	»	»	1
Dilatation	2	»	2	»
Erosion	1	»	1	»
Non déterminées	2	»	2	»
	116	25	72	19

COMPLICATIONS

Perforation d'ulcère....	32	10	17	5
Ulcère avec sténose....	19	3	13	3
Ulcère avec hémorragie.	10	2	6	2
	61	15	36	10

a) *L'ulcère.* — Nous voyons que sur ces 116 cas, 89 fois nous trouvons un ulcère et 20 fois une sténose du pylore. Si nous envisageons qu'un processus ulcéreux est presque toujours à la base de la sténose du pylore de l'adulte, nous pouvons admettre une

quantité d'ulcères plus grande encore. BERTRAND et E. MARTIN, sur 48 malades trouvaient 42 ulcères.

b) *La Perforation.* — Elle est relativement fréquente. Sur les 116 cas signalés, nous trouvons 61 complications, dont 32 perforations aiguës d'ulcères gastriques ou duodénaux parmi lesquelles deux simultanées, soit 27,5 %.

MAKKAS donne 21,8 % de perforation d'ulcères gastriques ou duodénaux sur une statistique de 110 cas.

Certains auteurs prétendent qu'il faut éviter la gastro-entérostomie pour ulcères gastriques ou duodénaux perforés, de crainte de voir apparaître rapidement un ulcère peptique.

Ces 32 perforations ont été suivies 28 fois de gastro-entérostomie.

Rapprochons ces chiffres de ceux publiés antérieurement. BERTRAND et E. MARTIN trouvent 10 perforations sur 48 cas, toutes suivies de gastro-entérostomie.

LEVEUF ne rapporte que 4 perforations d'ulcères gastriques suivies de gastro-entérostomie sur 29 cas de perforation d'ulcères jéjunaux.

Cependant BAGER s'élève contre cette opinion. Il relate 325 cas d'ulcères gastriques ou duodénaux perforés, traités par gastro-entérostomie, avec 221 cas bien portants(42 améliorations et 62 cas de malades souffrant encore beaucoup. Parmi ceux-ci, prétend-il, 5 seulement ont eu des ulcères peptiques, dont deux se perforaient.

JADINE pense aussi qu'il ne se produit pas plus d'ulcères peptiques après la gastro-entérostomie pour ulcères perforés que pour ulcères non perforés.

4° *L'opération antérieurement pratiquée* est citée dans 117 cas :

TABLEAU III
GASTRO-ENTÉROSTOMIES

		Ulcères gastro- jéjunaux	Ulcères jéjunaux uniques	Ulcères multiples
Gastro-postérieure	53	9	34	10
Gastro antérieure	42	5	32	5
Gastro en Y	4	3	1	»
Gastro sans précision..	8	6	1	1
	107	23	68	16

RÉSECTIONS

Billroth II	3	1	1	1
Polya	3	»	2	1
Hoff-meister	1	1	»	»
De type non indiqué....	3	1	1	1
	10	3	4	3

COMBINAISONS DE GASTRO-ENTÉROSTOMIE AVEC :

Entéro-anastomose	14	2	9	3
Exclusion du pylore....	6	1	2	3
Emploi du bouton	5	1	3	1

Notons la grande quantité de gastro-entérostomies par rapport au petit nombre de résections gastriques.

Nous trouvons 53 gastro-entérostomies postérieures pour 42 gastro-entérostomies antérieures. Or, jusqu'en 1934 les statistiques montraient que la *gastro-entérostomie antérieure* prédisposait à la perforation de l'ulcère peptique plus que la gastro-entérostomie postérieure.

LIEBLEIN en 1917 trouve 13 cas de perforations après gastro-entérostomie antérieure contre 7 après gastro-entérostomie postérieure et BAGER en 1929, 23 contre 8.

BERTRAND et E. MARTIN en 1933 trouvent sur 54 gastro-entérostomies, 26 antérieures et 4 en Y, soit plus de la moitié.

Enfin en 1934, MAKKAS donne sur 104 gastro-entérostomies :

59 gastro-entérostomies antérieures avec ou sans entéro-anastomoses ;

35 gastro-entérostomies postérieures ;

4 gastro-entérostomies en Y.

6 gastro-entérostomies, sans données précises.

C'est seulement en 1936 que TOLAND et THOMPSON signalent la prépondérance de la perforation d'ulcère peptique après gastro-entérostomie postérieure.

Cela provient évidemment du fait que les chirurgiens ne font plus que des gastro-entérostomies postérieures.

Les raisons pour lesquelles on a été amené à ne plus pratiquer la gastro-entérostomie antérieure, sont multiples. Dans le cas qui nous intéresse, on les a

accusées à juste titre de favoriser l'apparition de l'ulcus peptique. Aussi ne l'emploie-t-on qu'exceptionnellement, quand on ne peut pas employer une autre technique.

L'action favorisante de la *gastro-entérostomie de Roux en Y* est également signalée depuis longtemps. Aussi n'en relevons-nous que 4 cas. Ce procédé a l'inconvénient d'isoler une anse jéjunale.

L'importance de l'*entéro-anastomose* est grande également. En effet nous la trouvons 14 fois sur 116 cas. Son action serait néfaste en dérivant les sucs alcalins et le suc gastrique arriverait ainsi non neutralisé au contact de la muqueuse jéjunale.

Citons enfin, comme agents favorisant, l'*exclusion du pylore* rencontrée six fois et l'emploi des *boutons* dans 5 cas.

Intervalle entre l'opération antérieure et la perforation

Il est rapporté dans 118 cas:

TABLEAU IV

		Ulcères gastro- jéjunaux	Ulcères jéjunaux uniques	Ulcères multiples
De 0 à 2 ans.....	64	10	40	14
De 2 à 5 ans.....	33	7	24	2
De 5 à 10 ans.....	15	6	9	»
De 10 à 20 ans.....	6	3	1	2
	118	26	74	18

Nous constatons avant tout, que le nombre des cas diminue en raison inverse de l'intervalle. Mais ce qui est plus intéressant est de comparer les pourcentages entre ulcères gastro-jéjunaux et ulcères jéjunaux uniques.

Nous trouvons 34,5 % de perforations d'ulcères gastro-jéjunaux contre 51,5 % de perforations d'ulcères jéjunaux uniques de 0 à 2 ans.

De 2 à 5 ans les taux se rapprochent sensiblement : 27 % pour les ulcères gastro-jéjunaux et 32 % pour les ulcères jéjunaux uniques.

Enfin de 5 à 10 ans le taux est encore de 23 % pour les ulcères gastro-jéjunaux tandis qu'il arrive à peine à plus de 1 % pour les ulcères jéjunaux uniques.

Donc la date d'apparition des ulcères jéjunaux est plus précoce que celle des ulcères gastro-jéjunaux. Cette différence étiologique s'ajoute par conséquent aux différences anatomo-pathologiques pour justifier la classification en ulcères gastro-jéjunaux et ulcères jéjunaux.

Quant aux ulcères multiples, BERTRAND et E. MARTIN admettaient qu'ils avaient une précocité d'apparition plus grande encore. Ils en rapportent six cas avec perforation avant 3 mois. Ils admettent avec LEVEUF qu'ils succèdent à des traumatismes opératoires : maniement brutal des anses, mise en place de clamps, emploi de bouton, et ils pensent qu'il faudrait ranger dans cette catégorie les ulcères jéjunaux uniques perforés avant 3 mois.

Parmi les 18 cas que nous rapportons, où l'intervalle est donné, nous en trouvons 9 avant 6 mois et 11 dans la première année. Par contre BUNDSCHUH (cas n° 115) en rapporte un cas avec un intervalle de 14 ans, et celui de CHARBONNEL et LEURET (cas n° 118) se produit après 13 ans, avec deux perforations simultanées.

Sans rejeter les idées précédentes, il nous semble qu'il faudrait rechercher d'autres causes.

Ce chapitre nous suggère quelques réflexions au sujet de notre cas :

Voici un malade, du sexe masculin, qui a dépassé l'âge moyen favorable à la perforation de l'ulcère peptique. Il a présenté, comme maladie primaire, un ulcère pylorique, ulcère qui s'est perforé. Cet homme est donc atteint de « maladie ulcéreuse » et qui plus est de « diathèse perforative » signalée par STEFANELLI et SINGER et MEYER de Chicago.

Il vient d'autre part de perforer un ulcère gastro-jéjunal sur une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique, opération favorisant le moins l'ulcère peptique et sa perforation, et dans un intervalle assez court pour un ulcère gastro-jéjunal : environ 2 ans. On peut donc se demander quel va être l'avenir de ce malade. Il est à craindre qu'ayant déjà fait deux ulcères qui perforèrent, il n'en fasse un troisième et qu'il ne le perfore de nouveau.

ETUDE CLINIQUE

Le malade se présente en général avec le tableau type de la première perforation: douleur épigastrique, suppression de la matité hépatique, ventre de bois. Il dira qu'il a ressenti brusquement une douleur intense dans l'abdomen, et la comparera à la douleur de la première perforation, comme c'était le cas pour notre malade.

A l'interrogatoire il pourra signaler des *prodromes*:

a) *la douleur*: elle varie suivant le genre d'ulcère peptique. S'il est classique d'insister sur les phénomènes douloureux intenses qui annoncent la récurrence ulcéreuse, à leur maximum pour les ulcères peptiques, il faut distinguer deux groupes:

Les *ulcères jéjunaux* purs évoluent d'une façon presque absolue silencieusement et ne se révèlent que par une perforation brutale.

Au contraire les *ulcères gastro-jéjunaux* se signalent par des douleurs très intenses présentant un rythme spécial: en général de 10 jours à 1 mois avec des intervalles de plusieurs semaines à plusieurs mois; mais surtout avec un horaire hypertardif: en fin d'après-midi et vers la moitié de la nuit. Le malade

la localisera le plus souvent à gauche au-dessous de l'ombilic.

b) *les vomissements*: ils seront un signe de sténose de la bouche de gastro-entérostomie.

c) *les hémorragies*: les hématoméses sont rares. Le maelena est le symptôme le plus fréquent.

Quant aux *symptômes de la perforation* ils présentent en général certaines particularités.

BERTRAND et E. MARTIN admettent qu'ils sont un peu *atténués*. Leur malade à la 45^e heure n'était pas dans un état alarmant. Peut-être ces péritonies « qui ont fait la guerre » disent-ils, sont-ils plus tolérants et ne manifestent-ils pas leurs souffrances avec autant d'intensité? Il y a eu vaccination par la première intervention, et surtout quand celui-ci a été précédée d'une première perforation.

LEVEUF, CLAVEL et BRUN d'autre part, font remarquer qu'on n'a pas toujours un ventre de bois généralisé, qu'au début le malade peut présenter une *contracture localisée* à la région sous-ombilicale parce que souvent le drame péritonéal se passe en-dessous du mésocolon transverse. Ici encore nous devons envisager les deux groupes.

Les *ulcères jéjunaux* se perforent toujours en péritoine libre à cause de leur localisation. Ils provoquent donc un grand syndrome abdominal de perforation.

Les *ulcères gastro-jéjunaux* au contraire, grâce aux dispositions anatomo-pathologiques que nous avons envisagées antérieurement sont considérées classiquement comme se perforant en péritoine adhé-

rent. Ils provoquent par conséquent un syndrome abdominal atténué.

Nous sommes ainsi amenés à faire des *remarques* intéressantes sur notre cas :

a) Le malade a été affirmatif. Il n'a jamais ressenti de prodromes avant la perforation brusque. Son ulcère gastro-jéjunal s'est comporté absolument comme un ulcère jéjunal pur.

b) Ce n'est d'ailleurs pas la seule façon de se comporter qu'il a empruntée aux ulcères jéjunaux purs. Contrairement à la règle classique, il s'est perforé en péritoine libre.

c) A ce sujet nous pouvons faire les réserves vues précédemment. Bien que notre malade ait reçu deux centigrammes de morphine, nous pensons que son péritoine a certainement réagi moins brutalement, parce qu'il a été vacciné lors de la première perforation. En effet on ne trouve pas de ventre de bois. Ceci sera un élément favorable pour une intervention ultérieure.

LE TRAITEMENT ET SES RÉSULTATS

Les procédés opératoires employés sont des plus variés, en allant de la suture simple à la gastrectomie d'emblée.

Sur 123 cas, 20 fois l'opération n'a pas été pratiquée et la péritonite a été suivie du décès des malades ; 5 fois seulement les auteurs n'ont pas décrit le genre d'opération qu'ils ont employée.

Il nous reste donc 98 cas à étudier au point de vue du traitement (voir tableau V).

1° Nous trouvons 44 cas de *suture simple*, 2 de suture avec épiplooplastie et 5 de suture après excision de l'ulcère. Ce sont les cas les plus simples.

Mais souvent le chirurgien est amené à des techniques plus complexes, soit que la bouche se trouve partiellement obstruée, soit que l'anse efférente soit très dilatée. Ainsi nous trouvons 8 fois une suture de la perforation suivie d'une nouvelle gastro-enterostomie et 5 fois une suture de la perforation avec une jéjunojéjunostomie. De même une fois le chirurgien après excision de l'ulcère, s'est contenté d'élargir la bouche de gastro-entérostomie, et deux fois il a pratiqué après excision de l'ulcère, une nouvelle gastro-entérostomie.

TABLEAU V

		Ulcères gastro-jéjunaux		Ulcères jéjunaux uniques		Ulcères multiples	
		Guérison	Décès	Guérison	Décès	Guérison	Décès
Suture simple	44	7	1	25	5	2	4
Suture et épiplooplastie....	2	1	»	1	»	»	»
Suture et jéjunojéjunostomie	5	2	»	2	1	»	»
Suture et nouvelle gastro...	8	3	1	1	»	1	2
Suture après excision	5	2	»	3	»	»	»
Excision et nouvelle gastro.	2	»	»	1	»	1	»
Exc. et agrand. de la bouche	1	1	»	»	»	»	»
Manchette de Neumann....	1	1	»	»	»	»	»
Dégastro	5	2	»	3	»	»	»
Dégastro. Nouvelle gastro..	1	»	»	1	»	»	»
Gastro en Y. Exclusion du pylore	1	»	»	1	»	»	»
Billroth I	4	»	»	4	»	»	»
Billroth II	4	»	»	4	»	»	»
Polya	3	1	»	1	»	1	»
Reichel-Roux	3	»	»	2	»	1	»
Kronlein-Roux	1	»	»	1	»	»	»
Mikulicz-Reichel	1	»	»	»	»	1	»
Hoffmeister	1	1	»	»	»	»	»
Résection à type non indiqué	6	1	1	4	»	»	»
	98	22	3	54	6	7	6

Dans un cas MAKKAS a pratiqué une manchette de Neumann.

2° D'autres auteurs ont pratiqué une *dégastro-entérostomie* par résection de la bouche de gastro-entérostomie et suture du jejunum bout à bout dans 5 cas. Une fois seulement après dégastro-entérostomie, il a été pratiqué une nouvelle gastro-entérostomie.

Enfin, une fois, LEVEUF a été amené à reséquer la bouche de gastro-entérostomie et le jejunum et fit une gastro-entérostomie de Roux en Y avec exclusion du pylore.

3° Dans ce troisième groupe nous placerons les *résections*, soit 23 cas, dont 4 Billroth I, 4 Billroth II, 3 Polya, 3 Reichel-Roux, 1 Mikulicz-Reichel, 1 Kronlein-Roux et 1 Hoffmeister avec 6 cas de type non indéterminé.

Par conséquent, parmi 75 cas où l'on a pratiqué un autre procédé qu'une résection, 51 cas seulement paraissent avoir été simples, et dans 24 cas il a fallu trouver une autre combinaison opératoire, soit 1/3 de cas. Ceci montre bien les difficultés qu'il faut s'attendre à trouver quand on intervient dans de telles circonstances.

Voyons maintenant quels ont été les résultats. Nous les diviserons en deux catégories :

1° RÉSULTATS IMMÉDIATS

Sur 101 cas où le résultat est indiqué, nous trouvons 16 décès, soit une mortalité générale de 16 %

environ. Cependant cette image ne correspond pas à la réalité, car souvent les cas où le résultat est mauvais, ne sont pas publiés.

Envisageons les trois groupes précédents:

a) Si nous groupons les cas de suture simple, suture et épiplooplastie, suture après excision et le cas de Manchette de Neumann, nous trouvons 10 décès pour 52 cas, soit une mortalité de 19,2 %.

Si d'autre part, nous groupons les cas où la suture ou l'excision ont été combinées à d'autres procédés, nous trouvons 4 décès pour 17 cas, soit 25 % environ de mortalité. Il y a donc ici une cause aggravante.

b) Dans le groupe de la dégastro-entérostomie simple ou accompagnée d'une nouvelle gastro-entérostomie, nous ne trouvons aucun décès pour 6 cas.

c) Enfin dans le groupe des résections, nous trouvons un seul décès pour 23 observations, soit 4,35 % de mortalité.

Comment expliquer alors que les opérations les moins choquantes donnent une mortalité aussi élevée, alors que les résections elles-mêmes ne sont suivies que d'une faible mortalité?

La raison doit être vraisemblablement trouvée dans ce fait que la résection ou la dégastro-entérostomie sont pratiquées précocement ou sur des malades dont l'état général est encore excellent, tandis que la suture ou l'excision ne sont pratiquées que tardivement ou sur des malades déjà très atteints, chez lesquels il faut faire vite. De plus on est souvent surpris par les lésions existantes et on est obligé de prolonger l'opération et de la combiner avec d'autres procédés.

D'autre part les cas de gastrectomie sont trop peu nombreux pour se faire une opinion et les auteurs n'ont publié que les cas heureux.

LEVEUF signale, à côté de l'intervention tardive, la suture simple d'un ulcère enflammé, comme cause d'échec, et recommande de toujours suturer en tissu sain.

Malheureusement l'heure de l'intervention n'est que rarement indiquée: 20 fois seulement sur 98 cas, échelonnée de la 2^e à la 40^e heure. On note seulement 3 cas suivis de décès où l'intervention a été pratiquée après 16 heures, 19 heures, 24 heures. Dans trois autres cas, la guérison est survenue après intervention tardive, avec la technique la plus simple: suture après 21 heures et 40 heures, Manchette de Neumann après 25 heures. Toutes les autres interventions s'échelonnent entre 2 et 12 heures.

2° RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Il est plus intéressant de connaître les résultats éloignés. Ils nous indiqueront ce qu'il faut penser des diverses opérations employées au sujet de la cure radicale de l'ulcère.

a) Nous trouvons la *récidive de l'ulcère*:

1 fois dans 7 cas - soit 2 ulcères successifs

2 fois dans 6 cas - soit 3 ulcères successifs

3 fois dans 1 cas - soit 4 ulcères successifs

Voici donc une autre preuve à l'appui de la « diathèse perforante ». Quelles ont été les opérations pratiquées antérieurement dans ces cas?

Dans les 7 premiers cas il s'agit chaque fois, de suture.

Dans les 6 cas suivants, nous trouvons :

Cas n° 17 (SIMON):

1° dégastro-entérostomie;

2° Billroth II;

3° nouvelle gastro-entérostomie sur laquelle vient se former un nouvel ulcère peptique.

Cas n° 18 (JUDINE):

1° suture;

2° résection large.

Cas n° 14 (NIXON et LOWRY):

1° suture;

2° suture, secondairement Polya.

Cas n° 37 (BATTLE):

1° suture;

2° suture.

Cas n° 49 (MOYNIHAN):

1° suture;

2° suture.

Cas n° 64 (RIESS):

1° suture après excision;

2° résection de l'anastomose, nouvelle gastro-entérostomie.

Dans le dernier cas n° 55 (HENRY), nous trouvons 3 perforations récidivantes après:

1° suture;

2° suture;

3° suture.

sur 23 interventions nous avons 18 fois des sutures. Nous admettrons que la résection ne met pas

complètement à l'abri de la récurrence. Malgré tout la suture simple en est fortement imputable.

b) *L'occlusion du grêle* est signalée dans 2 cas :

Cas n° 22 (B. et E. MARTIN).

Cas n° 49 (MOYNIHAN).

c) *La reprise des douleurs* est citée dans 6 cas :

Cas n° 5 de BATTLE.

Dans un cas n° 99 (HINTON) on a envisagé une nouvelle intervention.

Dans un autre n° 16 (SCHLOFFER) le malade a refusé l'intervention préconisée.

Dans le cas n° 17 (SIMON) celui-ci a fait le diagnostic de récurrence d'ulcère.

Dans le cas n° 95 (TOLAND et THOMPSON) ont pratiqué une nouvelle gastro-entérostomie pour reprise des douleurs qui persistent dans la suite.

Dans le cas n° 96, les mêmes auteurs ont diagnostiqué la récurrence de l'ulcère 5 mois après.

Sur ces 6 cas nous trouvons 4 fois encore des sutures.

d) Dans le cas n° 72 OCKINCZYC est obligé de faire une gastrectomie pour réactivation de l'ulcère duodénal primitif. Il n'y eut pas d'amélioration et les douleurs reprirent.

Nous voyons donc par ces récurrences de perforations et par ces cas où la reprise des douleurs est signalée, que la suture est insuffisante pour la guérison à longue échéance. Nous devons donc craindre pour l'avenir de notre malade.

Il nous semble étonnant que certaines techniques aient été employées dans le traitement de la perforation itérative, alors qu'il est notoire qu'elles sont des causes favorisantes à la formation de l'ulcère peptique. Le cas de LEVEUF est particulièrement intéressant à ce sujet (cas n° 74).

LEVEUF pratique une *gastro-entérostomie en Y*. Or, on sait que cette technique est abandonnée depuis longtemps, justement à cause de son action favorisant l'ulcère peptique. Mais de plus il y ajoute l'*exclusion du pylore*. PROUST et CUNÉO s'élèvent contre cette technique, à l'occasion de la communication de LEVEUF à la *Société de Chirurgie* en 1926. Ils reprochent à l'auteur d'avoir pratiqué une exclusion du pylore, dans son cas personnel, alors que dans son étude pathogénique, il admet que celle-ci favorise l'ulcère peptique.

L'*entéro-anastomose* est très employée, pourtant on sait que la dérivation des sucs alcalins favorise la production de l'ulcère peptique.

La gastro-entérostomie antérieure pratiquée dans notre cas, est également criticable à ce sujet. Cependant, nous rappelons que la bouche de la gastro-entérostomie postérieure était insuffisante, et que d'autre part il fallait terminer vite. Elle aura d'ailleurs cet autre avantage de laisser au repos la perforation d'ulcère suturée.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Ceci est la partie la plus intéressante que nous ait suggérée notre étude.

Le diagnostic de perforation d'ulcère peptique, n'est pratiquement jamais fait avant l'intervention. On hésite souvent entre le diagnostic d'occlusion de l'intestin grêle et de perforation itérative. Quand on se trouve en présence de cette lésion on est donc particulièrement pris au dépourvu.

L'intervention idéale, qui se présente d'emblée à l'esprit est la gastrectomie, qui supprime à la fois la perforation et la lésion. Mais elle n'est pas pratiquée dans la grande majorité des cas pour les raisons suivantes, qui ont retenu le chirurgien dans notre cas : malade shocké, dans un mauvais état général, adhérences multiples, difficiles à libérer et allongeant le temps opératoire, œdème et infiltration marqués de l'estomac et du jejunum compromettant les sutures qui coupent en tissu aussi friable.

La solution la plus logique et la moins grave paraît être l'*enfouissement* soigneux de la perforation. Evidemment, si la bouche de gastro-entérostomie est obstruée, on pourra faire une *dégastro-entérostomie* si le pylore est perméable. Sinon on fera une *nouvelle gastro-entérostomie*.

Dans notre cas, la bouche de gastro-entérostomie était fortement rétrécie à cause de la plicature faite pour enfouir l'ulcère gastro-jéjunal, et comme il fallait, d'autre part, finir vite, l'opérateur a été amené à pratiquer une gastro-entérostomie antérieure à anse longue au bouton de Jaboulay. La gastro-entérostomie postérieure était impossible pour les raisons anatomo-pathologiques signalées plus haut.

La guérison du malade a été ainsi obtenue. Mais son avenir apparaît sombre. Pour des raisons étiologiques et cliniques, il faut craindre la récurrence non seulement de l'ulcère, mais de la perforation, car nous avons vu que la suture simple n'est qu'un procédé d'urgence.

Il paraît donc logique de pratiquer une *gastrorectomie*, comme l'a fait MICHON dans un cas exactement comparable au nôtre. Il s'agit évidemment ici d'une intervention difficile, complexe, et grave. On trouvera de nombreuses adhérences et deux gastro-entérostomies.

Par contre un élément de pronostic favorable est représenté par la véritable vaccination qu'a subie le péritoine de ce malade à la suite de ses deux perforations.

CONCLUSIONS

1° La perforation en péritoine libre est une complication relativement rare des ulcères peptiques post-opératoires. Nous en avons relevé 123 cas dans la littérature.

2° Les perforations se font soit sur l'anse jéjunale anastomosée, soit sur la bouche de gastro-entérostomie, en général sur le versant jéjunal, rarement sur le versant gastrique.

Quelquefois on trouve des ulcères multiples, ou même des perforations multiples simultanées.

3° Les conditions étiologiques président d'une part à l'apparition de l'ulcère peptique post-opératoire; on note à ce sujet une tendance particulière à la « maladie ulcéreuse »; d'autre part, à la perforation, avec une tendance nette à une véritable « diathèse perforative ».

Nous avons trouvé un certain nombre de cas, dont le nôtre, où il s'agit de perforations itératives.

4° Les perforations d'ulcères peptiques en péritoine libre se présentent en général avec une symptomatologie voisine des perforations gastriques, surtout pour les ulcères jéjunaux. Les perforations d'ulcères gastro-jéjunaux ont une symptomatologie plus estompée.

5° Le traitement idéal de ces perforations est évidemment celui qui traiterait du même coup la perforation et l'ulcère peptique. Ce serait la gastrectomie large d'emblée. Malheureusement cette conduite est rendue difficile par l'état des malades. On est donc réduit à s'arrêter à une intervention plus simple : suture de la perforation accompagnée ou non d'une gastro-entérostomie.

La gravité des perforations d'ulcères peptiques en péritoine libre est considérable. Cependant comme elles se produisent dans des péritonées qui ont réagi antérieurement, une intervention précoce arrive à sauver le malade.

OBSERVATIONS

ULCÈRES GASTRO-JÉJUNAUX

N ^{os}	NOMS	DATE	AGE	Sexe	MALADIE ORIGINALE	OPÉRATION
1	BRENTANO	1903	26 ans	F	Sténose du pylore.	G. E. antérieure. Entéro-anastomose
2	DELALOYE	1906	41 ans	H	Ulcère duodéal. Sténose du pylore.	G. E. antérieure.
3	VON EISELBERG	1906	—	H	Ulcère calleux du pylore.	Billroth II.
4	KEY, PATERSON	1907	45 ans	F	Ulcère gastrique. Sténose. Hémorragie. Perfor. dans le pancréas.	G. E. en Y.
5	BATTLE	1910	39 ans	H	Ulcère gastrique. Sténose. Perfor. aiguë.	G. E. antérieure.
6	PETREN	1911	37 ans	H	Ulcère gastrique perforé.	Excision. Suture. G. E. postérieure.
7	LINDNER	1912	50 ans	F	—	G. E.
8	LINDNER	1912	—	H	—	G. E.
9	MARQUIS	1913	41 ans	H	Ulcère gastrique.	G. E. en Y.
10	MAC KELVEY	1922	44 ans	H	Ulcère gastrique.	G. E. antérieure.
11	BALFOUR	1926	—	—	—	G. E.
12	ROUSSELIN	1926	50 ans	H	Ulcère duodéal.	G. E.
13	DELOR Y CASTRO	1926	49 ans	H	Ulcère duodéal.	
14	NIXON et LOWRY	1928	36 ans	H	Ulcère gastrique. Hémorragie.	G. E. postérieure.
15	JUST	1929	29 ans	H	Ulcère duodéal. Perforation aiguë.	Eufouissement. G. E. antérieure précolique. Entéro-anastomose.
16	SCHLOFFER	1929	47 ans	H	Ulcère gastrique.	Exclusion du pylore. G. E. en Y. Au bout de 20 mois, ulcère peptique de la bouche. Excision. Suture.

INTERVALLE	PERFORATION	OPÉRATION	RÉSULTAT	OBSERVATIONS
1 an	Sur la bouche de G. E.	Nouvelle G. E.	Guérison	
6 ans	Comme un petit pois sur la bouche de G. E.	Non pratiquée.	Décès	Autopsie.
1 an	Partie antérieure de la bouche.	Intervention à la 24 ^e heure.	Décès	
7 ans	Sur la bouche de G. E. rétrécie.	Excision. Elargissement de la G. E.	Guérison	
2 ans	Sur la bouche de G. E.	Suture.	Guérison	Mais persistance des douleurs.
9 mois	Sur la bouche de G. E. en tissu fibreux.	Excision. Suture à la 21 ^e heure.	Guérison	
—	—	Nouvelle G. E.	Décès	Autopsie : la perforation siégeait sur la bouche de la première G. E.
6 ans	Au niveau de la bouche.	—	Guérison	
6 ans 1/2	D'un ulcère calleux sur la bouche de G. E.	Suture. Epiploplastie à la 8 ^e heure.	Guérison	
18 ans	Au niveau de la bouche.	Dégastro-entérostomie.	Guérison	
—	D'un cm. de diamètre sur la partie antérieure de la bouche.	Gastrectomie à la 3 ^e heure.	Guérison	
4 ans 1/2	Sur la bouche de G. E.	Suture. Enfouissement 7 h. après.	Guérison	En 1932, radio : bouche de G. E. fonctionne bien.
2 ans	Au niveau de la bouche.	Réssection du pylore.	Décès	
15 mois	Face stomacale de la bouche.	Suture.	Guérison	5 ans après perforation sur le jéjunum efférent. Suture. Guérison. 1 an après, perforation sur la bouche face stomacale. Ulcères multiples. Suture. Guérison. Secondair. : Polya.
10 mois	D'un ulcère calleux de la bouche.	Polya.	Guérison	
3 ans	Sur la bouche de G. E.	Excision. Suture.	Guérison	Reprise des douleurs après 18 mois. Refus d'interv.

ULCÈRES GASTRO-JÉJUNAUX (*suite*)

N ^{os}	NOMS	DATE	AGE	Sexe	MALADIE ORIGINALE	OPÉRATION
17	SIMON	1929	34 ans	H	Ulcère duodénal.	G. E.
18	JUDINE	1930	36 ans	H	Ulcère gastrique.	G. E.
19	BRANDTNER et TONNIS	1932	—	H	Ulcère duodénal. 2 perforations aiguës simultanées.	Résection du pylore.
20	MAKKAS	1932	49 ans	H	Ulcère du pylore.	G. E. postérieure rétrocolique.
21	CLAVEL et BRUN.	1933	39 ans	H	Ulcère gastrique perforé	G. E. postérieure.
22	BERTRAND et E. MARTIN	1933	64 ans	H	Ulcère prépylorique. Perforation.	Enfouissement, G. E. postérieure au bouton de Jaboulay.
23	SINGER et MEYER	1934	43ans	H	Sténose du pylore.	—
24	LEWISHON	1934	53 ans	H	Ulcère duodénal.	Résection type Hoffmeister.
25	SERRA et LAVENIA	1934	30 ans	H	Ulcère juxta-pylorique. Perforation aiguë.	G. E. postérieure.
26	POUZET, HENRY et BALLIVET	1935	28 ans	H	Ulcère du pylore.	G. E. postérieure.
27	TOLAND et THOMPSON	1936	34 ans	H	Ulcère gastrique perforé	G. E. postérieure.
28	CHALNOT et GRUMILLIER	1937	55 ans	H	Ulcère pylorique perforé.	G. E. postérieure transmésocolique.

INTERVALLE	PERFORATION	OPÉRATION	RÉSULTAT	OBSERVATIONS
6 ans	Au ras de la bouche contre l'anse efférente.	Dégastro. Résection. Suture bout à bout du jéjunum à la 5 ^e heure.	Guérison	Depuis : 1 ^o Ulcère pylorique sténosant. Billroth II. 2 ^o Ulcère peptique sur la bouche de G. E. Nouvelle G. E. antérieure précolique à anse longue. 3 ^o Nouvel ulcère peptique. Pas d'opération.
3 ans	D'un ulcère calleux de la bouche.	Suture. Enfouissement.	Guérison	Depuis : 2 ^o perforation 5 mois après. Même ulcère perforé, même conduite. Guérison. 3 ^o perforation 4 mois après. Résection large. Guérison.
4 mois	Sur la bouche de G. E.	Suture.	Guérison	
11 ans	Grosse tumeur de la bouche. Cratère perforé au centre. Obstruction.	Manchette de Neumann à la 25 ^e h.	Guérison	2 mois après Billroth II. Plus de tumeur. Ulcère guéri.
3 ans	Sur la bouche de G. E.	Suture. Enfouissement. Bouton entre anse afférente et efférente à la 3 ^e h.	Guérison	Radio en séries. Persistance de l'ulcère.
3 ans	De la bouche au ras de l'anse afférente.	Enfouissement. Suture. Entéro-anastomose à la 40 ^e heure.	Guérison	Occlusion du grêle 5 mois après. Section d'une bride. Iléostomie. Guérison.
14 ans	Sur la bouche de G. E.	Suture.	Guérison	
3 ans	Sur la bouche rétrécie.	Résection type Hoffmeister.	Guérison	
11 mois	Angle de la bouche et du bout efférent infiltré	Suture. Enfouissement. Entéro-anastomose.	Guérison	
7 ans	Au niveau de la bouche de G. E.	Suture. Enfouissement. Nouvelle G. E. à 10 cm. de l'ancienne, vers le milieu de l'estomac.	Guérison	
5 ans	Sur la bouche de G. E.	Suture.	Décès	
2 ans	Sur la bouche de G. E.	Enfouissement. G. E. antérieure au bouton à la 5 ^e heure.	Guérison	

ULCÈRES JÉJUNAUX UNIQUES

N ^{os}	NOMS	DATE	AGE	Sexe	MALADIE ORIGINALE	OPÉRATION
29	BRAUN	1899	25 ans	H	Ulcère gastrique. Sténose.	G. E. postérieure.
30	HAHN	1899	—	H?	Sténose du pylore.	G. E. antérieure.
31	KÖRTE	1900	30 ans	H	Ulcère gastrique. Sténose.	G. E. antérieure.
32	GOEPEL	1902	—	H?	Sténose du pylore ulcéreuse.	G. E. antérieure précolique.
33	GOEPEL	1902	—	H?	Sténose du pylore ulcéreuse.	G. E. antérieure précolique.
34	GOEPEL et TIEGEL	1902	34 ans	H	Sténose du pylore.	G. E. antérieure précolique.
35	DUDGEON et SARGENT	1905	30 ans	H	Ulcère gastrique.	G. E.
36	BATTLE	1906	30 ans	H	Ulcère gastrique. Sténose. Hémorragie.	G. E. antérieure par bouton. 22 ans après : douleurs. Ablation du bouton
37	BATTLE	1906	37 ans	F	Ulcère gastrique perforé Sténose pylorique.	G. E. antérieure.
38	HALL BASIL	1906	—	H?	Dilatation gastrique.	G. E. antérieure.
39	GRASER	1906	—	F	Sténose par ulcère gastrique.	G. E. postérieure au bouton de Murphy.
40	PATERSON	1906	48 ans	H	Sténose du pylore.	G. E. postérieure.
41	PATERSON	1906	51 ans	H	Sténose du pylore.	G. E. antérieure.
42	EDINGTON	1907	46 ans	H	Ulcère duodéal. Sténose du pylore.	G. E. antérieure.
43	HAMANN	1907	48 ans	H	Erosions gastriques.	G. E. antérieure au bouton de Murphy.
44	JANIU	1907	—	H	—	G. E. postérieure.
45	JENSEN	1908	54 ans	H	Sténose du pylore.	G. E. postérieure.
46	MAYLARD	1910	51 ans	F	Ulcère gastrique perforé	G. E. antérieure.

INTERVALLE	PERFORATION	OPÉRATION	RÉSULTAT	OBSERVATIONS
11 mois	Sur l'anse efférente à 1 cm. Bords souples.	Non pratiquée.	Décès	Autopsie.
1 an	Sur l'anse efférente à 2 cm.	Non pratiquée.	Décès	Autopsie.
3 ans	Sur l'anse efférente.	Appendicectomie.	Décès	
13 mois	—	Non pratiquée.	Décès	
4 mois	—	Suture à la 5 ^e heure.	Guérison	
9 mois	Sur le jéjunum.	—	Guérison	
3 mois	Jéjunale contre la G. E.	Suture à la 4 ^e heure.	Guérison	
22 ans et 4 m.	Sur l'anse efférente à 3 cm.	Suture.	Guérison	
13 mois	Sur l'anse efférente à 4 cm.	Suture.	Guérison	11 mois après: perforation au niveau de la bouche. Suture. Guérison. 13 ans après: perforation du jéjunum efférent. Suture. Guérison (cas rapporté par Romanis en 1918).
2 ans	Du jéjunum à 15 cm.	Non pratiquée.	Décès	Autopsie.
4 ans	Sur l'anse efférente près de la G. E.	Non pratiquée.	Décès	Autopsie.
2 ans	Jéjunum efférent.	Non pratiquée.	Décès	
2 ans 1/2	Sur le jéjunum, en face de la bouche, ulcère ancien à bords durs.	Non pratiquée.	Décès	Autopsie.
7 ans	Jéjunum efférent.	Suture.	Décès	
26 jours	Jéjunum efférent.	Non pratiquée.	Décès	
11 mois	Sur le jéjunum en face de la bouche de G.E.	Non pratiquée.	Décès	
13 mois	Jéjunum efférent.	Non pratiquée.	Décès	
8 mois	Jéjunum efférent.	Suture.	Guérison	13 mois après: 2 ^e perforation à un pouce au-dessus de la 1 ^{re} . Suture. Guérison.

ULCÈRES JÉJUNAUX UNIQUES (*suite*)

Nos	NOMS	DATE	AGE	Sexe	MALADIE ORIGINALE	OPÉRATION
47	HITZROT	1911	26 ans	H	Ulcère gastrique. Sténose.	G. E. en Y.
48	MOYNIHAN	1912	29 ans	H	Sténose du pylore.	G. E. postérieure.
49	MOYNIHAN	1912	30 ans	F	Ulcère gastrique perforé	G. E. antérieure.
50	ROWLANDS	1912	30 ans	H	Sténose du pylore.	G. E. antérieure.
51	SCHMILINSKY	1918	—	—	Ulcère duodéal.	G. E. postérieure. Exclusion du pylore.
52	SCHMILINSKY	1918	—	—	Ulcère duodéal.	G. E. postérieure. Exclusion du pylore.
53	WRIGHT	1919	39 ans	H	Ulcère duodéal. Sténose.	G. E. antérieure.
54	ROBERTS	1920	34 ans	H	Sténose du pylore. Perforation aiguë.	G. E. postérieure.
55	HENRY	1921	36 ans	H	Ulcère perforé.	G. E. antérieure.
56	URRUTIA	1921	35 ans	H	Ulcère duodéal perf.	G. E. postérieure
57	HABERER	1922	34 ans	—	Ulcère gastrique.	G. E. postérieure.
58	BRUTT	1922	18 ans	H	Sténose du pylore.	G. E. antérieure.
59	BRUTT	1922	40 ans	H	Sténose du pylore.	G. E. antérieure.
60	KONTJETZNY	1923	37 ans	H	Ulcère calleux du pylore.	G. E. postérieure rétro-colique.

INTERVALLE	PERFORATION	OPÉRATION	RÉSULTAT	OBSERVATIONS
6 ans	Jéjunum efférent.	Suture.	Guérison	
7 jours	Sur le jéjunum en face de la bouche de G. E.	Suture.	Décès	
2 ans 2 mois	Sur le jéjunum.	Suture.	Guérison	10 mois après : ulcère peptique perforé. Suture. Guérison. 11 ans après : perforation large du jéjunum à 2 cm. en dessous de la G. E. Suture. Epiplooplastie. Guérison. Depuis, occlusion du grêle par sténose de l'anse efférente. Entéro-anastomose. Guérison.
5 ans	Jéjunum efférent.	Suture.	Guérison	Opération secondaire: Dé-gastro.
22 mois	—	Suture.	Guérison	
16 mois	Jéjunum efférent.	Suture.	Décès	
19 mois	Jéjunum efférent.	Suture.	Guérison	
2 mois 1/2	Jéjunum afférent.	Suture.	Guérison	
5 mois	Sur le jéjunum en face de la bouche de G. E.	Suture.	Guérison	2 ans 1/2 après, perforation sur le jéjunum efférent. Suture. Guérison. 4 ans 1/2 après, nouvelle perforation. Suture. Guérison. 6 ans après, perforation d'un ulcère de la bouche. Excision. Suture. Guérison.
14 mois	Jéjunum efférent.	Suture.	Guérison	Opération second.: Roux.
4 ans	—	Suture. Entéro-anastomose.	Décès	
3 ans	—	Nouvelle G. E.	Guérison	
6 ans	Jéjunum efférent. Hé-morragie.	Suture.	Décès	
3 ans	Sur le bout afférent.	Billroth I.	Guérison	En 1932: bien portant.

ULCÈRES JÉJUNAUX UNIQUES (*suite*)

N ^{os}	NOMS	DATE	AGE	Sexe	MALADIE ORIGINALE	OPÉRATION
61	KONTJETZNY	1924	34 ans	H	Douleurs gastriques. Lésions indéterminées.	G. E. postérieure rétro-colique.
62	SCHWARZ	1925	—	H	Ulcère gastrique.	G. E. antérieure.
63	SCHWARZ	1925	33 ans	F	Ulcère duodéal.	G. E. antérieure.
64	RIESS	1925	27 ans	H	Ulcère du pylore.	Excision de l'ulcère. G. E. antérieure.
65	DELANOY et DUCROCQ	1925	53 ans	H	Ulcère prépylorique.	G. E. postérieure.
66	ASHCROFT	1926	38 ans	H	Ulcère duodéal perf.	G. E. postérieure.
67	ASHEROFT	1926	37 ans	H	Ulcère duodéal.	G. E. postérieure.
68	WINKELBAUER	1926	22 ans	H	Ulcère duodéal perforé. Hémorragie.	G. E. antérieure.
69	KUNZ	1926	34 ans	H	Sténose du pylore.	G. E. antérieure.
70	KUNZ	1926	31 ans	H	On ne trouve pas d'ulcère.	Entéro-anastomose G. E. antérieure.
71	SPATH	1927	33 ans	H	Ulcère duodéal.	G. E. antérieure. Entéro-anastomose
72	OCKINCZYC	1927	37 ans	H	Ulcère duodéal.	G. E. postérieure. 6 ans après, ulcère peptique de la bouche. Dé gastro. G. E. antérieure et entéro-anastomose.
73	JURA	1927	37 ans	H	Ulcère duodéal. Hémorragie.	G. E. postérieure.
74	LEVEUF	1927	47 ans	H	Ulcère du pylore.	G. E. postérieure.
75	KONTJETZNY	1927	37 ans	H	Ulcère perforé.	G. E. antérieure antécolique. Entéro-anastomose au bouton.
76	PORZELT	1928	31 ans	H	Ulcère duodéal perf.	G. E. antérieure. Entéro-anastomose.

INTERVALLE	PERFORATION	OPÉRATION	RÉSULTAT	OBSERVATIONS
2 ans	Sur le jéjunum.	Billroth I 5 heures après.	Guérison	En 1932: bien portant.
3 ans	Sur le jéjunum en face de la bouche de G. E.	Non pratiquée.	Décès	
1 an 1/2	Jéjunum efférent.	Reichel-Roux.	Guérison	
75 jours	Jéjunum efférent.	Suture après excision.	Guérison	6 mois après, perforation sur l'anse afférente. Dé-gastro. Nouvelle G. E. antérieure. 2 ans après, perforation dans la paroi abdominale antérieure. Résection de l'anastomose et de l'estomac. Suture bout à bout du jéjunum. G. E. en amont. Guérison.
8 ans	Ulcère jéjunal calleux.	Suture. Enfouissement après 19 h.	Décès	Autopsie.
19 mois	Jéjunum efférent.	Suture. Entéro-anastomose.	Guérison	Opération secondaire: résection du pylore.
9 mois	Jéjunum efférent.	Excision. Suture.	Guérison	
10 mois	Sur le jéjunum en face de la bouche de G. E.	Polya.	Guérison	
16 mois	—	Résection du pylore.	Guérison	
16 mois	Sur le jéjunum en face de la bouche de G. E.	Reichel-Roux.	Guérison	
7 mois	Sur le jéjunum en face de la bouche de G. E.	Billroth I.	Guérison	
43 jours	Sur le jéjunum en face de la bouche de G. E.	Dégastro à la 8 ^e h.	Guérison	Depuis: réactivation de l'ulcère duodénal. Polya Reprise des douleurs.
6 jours	Jéjunum efférent.	Non pratiquée.	Décès	
5 ans	Face antérieure de l'anse efférente très dilatée à 2 cm. de G. E.	Exclusion du pylore. Dégastro. G. E. en Y à la 12 ^e heure.	Guérison	
1 an	Jéjunal afférent.	Billroth I à la 2 ^e h.	Guérison	En 1932: bien portant.
7 mois 1/2	Sur le jéjunum en face de la bouche de G. E.	Kronlein-Roux.	Guérison	

ULCÈRES JÉJUNAUX UNIQUES (*suite*)

N ^{os}	NOMS	DATE	AGE	Sexe	MALADIE ORIGINALE	OPÉRATION
77	ROBINSON	1928	25 ans	H	Ulcère duodéal.	Billroth II et G. E. postérieure.
78	MAKKAS	1928	41 ans	H	Sténose du pylore.	G. E. antérieure.
79	EHRlich	1928	24 ans	H	Ulcère gastrique et duodéal. Perforations simultanées.	G. E. postérieure.
80	FROMME	1929	41 ans	H	Ulcère duodéal perforé	G. E. antérieure.
81	FROMME	1929	32 ans	H	Ulcère duodéal perforé	Entéro-anastomose. G. E. antérieure.
82	SCHLOFFER	1929	19 ans	H	Ulcère du pylore perf.	Entéro-anastomose. G. E. postérieure.
83	SCHLOFFER	1929	32 ans	H	Ulcère duodéal.	G. E. postérieure.
84	WOODSIDE	1931	16 ans	H	Ulcère duodéal.	G. E. postérieure.
85	STEDEN	1931	24 ans	H	Ptose gastrique.	G. E. antérieure.
86	STEDEN	1931	21 ans	H	Sténose du pylore. Perforation aiguë.	Entéro-anastomose. G. E. antérieure.
87	DAVENPORT	1931	35 ans	H	Ulcère duodéal. Hé-morragie.	Entéro-anastomose. G. E. postérieure.
88	MICHON	1932	41 ans	H	Ulcère duodéal.	G. E. postérieure. 3 ans après, ulcère peptique de la bouche. Dégastro. G. E. antérieure.
89	DINEEN	1934	27 ans	H	Ulcère duodéal. Hé-morragie.	Polya.
90	SINGER et MEYER	1934	42 ans	F	Sténose du pylore.	—
91	HINTON et CHURCH	1934	27 ans	H	Ulcère duodéal. Hé-morragie.	Polya.
92	TRÉVOR	1935	33 ans	H	Ulcère duodéal.	G. E. postérieure.

INTERVALLE	PERFORATION	OPÉRATION	RÉSULTAT	OBSERVATIONS
8 mois	Sur le jéjunum près de la G. E.	Suture. Epiplooplastie à la 5 ^e heure.	Guérison	5 mois après, nouvelle perforation sur l'anse éfferente. Suture. Epiplooplastie. Guérison.
2 mois	Jéjunum efférent en face de la G. E.	Suture.	Guérison	5 mois après : nouvelle perforation. Billroth II à la 5 ^e heure. Guérison. Décès ultérieur par affection pulmonaire.
4 mois 1/2	Jéjunum efférent.	Suture.	Guérison	
9 ans	Sur le jéjunum en face de la bouche de G. E.	Billroth II.	Guérison	
2 mois 1/2	Sur le jéjunum.	Billroth II très large à la 5 ^e heure.	Guérison	
3 ans	Jéjunum efférent.	Gastrectomie.	Guérison	
3 ans	Jéjunum afférent.	Gastrectomie.	Guérison	
4 ans	Jéjunum efférent.	Suture.	Guérison	2 ans après : perforation du même ulcère. Suture. Guérison.
7 mois	Jéjunum efférent.	Billroth II.	Guérison	
8 ans	Jéjunum afférent.	Billroth II.	Guérison	
5 ans	—	Suture.	Guérison	
13 mois	Sur le jéjunum en face de la bouche de G. E.	Suture après excision.	Guérison	Opération second. 2 mois après. Polya. Finsterer. Guérison maintenue 30 mois après.
4 ans	Jéjunum efférent.	Suture.	Guérison	6 mois après, perforation sur le jéjunum efférent. Suture. Guérison.
1 an	Jéjunum efférent.	Suture.	Guérison	
4 ans	Jéjunum efférent.	Suture.	Guérison	1 an après, perforation sur le jéjunum efférent. Suture. Entéro-anastomose. Guérison.
18 mois	Jéjunum efférent.	—	—	

ULCÈRES JÉJUNAUX UNIQUES (*suite*)

Nos	NOMS	DATE	AGE	Sexe	MALADIE ORIGINALE	OPÉRATION
93	TRÉVOR	1935	51 ans	H	—	G. E. postérieure.
94	WILKINSON	1935	32 ans	H	Ulcère gastrique.	G. E. postérieure.
95	TOLAND et THOMPSON	1936	42 ans	H	Ulcère duodéal.	Excision. G. E. postérieure.
96	TOLAND et THOMPSON	1936	36 ans	H	Ulcère duodéal perf.	G. E. postérieure.
97	TOLAND et THOMPSON	1936	65 ans	H	Ulcère duodéal. Sténose du pylore.	G. E. postérieure.
98	TOLAND et THOMPSON	1936	37 ans	H	Ulcère duodéal.	G. E. postérieure.
99	HINTON	1936	45 ans	H	Ulcère duodéal.	G. E. postérieure.
100	HINTON	1936	55 ans	H	—	G. E. postérieure.
101	STOREY	1936	44 ans	H	Ulcère duodéal. Sténose.	G. E. postérieure.
102	STOREY	1936	52 ans	H	—	G. E. antérieure. Entéro-anastomose.
103	STOREY	1936	47 ans	H	Ulcère duodéal. Sténose.	G. E. postérieure.
104	SILVESTRINI	1936	23 ans	H	Sténose. du pylore.	G. E.

INTERVALLE	PERFORATION	OPÉRATION	RÉSULTAT	OBSERVATIONS
8 ans	Sur le jéjunum.	—	—	
14 mois	Jéjunum efférent.	Dégastro.	Guérison	
4 ans	Sur le jéjunum en face de la bouche de G. E.	Dégastro à la 3 ^e h.	Guérison	18 mois après, G. E. postérieure, mais persistance des douleurs.
5 ans	Sur le jéjunum en face de la bouche de G. E.	Suture 3 h. 30 après.	Guérison	5 mois après, douleurs par récurrence de l'ulcère.
5 ans	Jéjunum afférent.	Suture. Entéro-anastomose.	Guérison	
8 ans	Jéjunum efférent.	Dégastro.	Guérison	
13 ans	Jéjunum efférent.	Suture.	Guérison	Réapparition de la douleur. Nouvelle intervention envisagée.
7 ans	Jéjunum efférent.	Suture.	Guérison	
1 an	Sur le jéjunum.	Dégastro. Nouvelle G. E. antérieure.	Guérison	
5 ans	Jéjunum efférent.	Suture.	Guérison	
2 ans 1/2	Sur le jéjunum en face de la bouche de G. E.	Suture.	Guérison	
5 ans	Jéjunum efférent.	Excision. Nouvelle G. E.	Guérison	

ULCÈRES MULTIPLES

N ^{os}	NOMS	DATE	AGE	Sexe	MALADIE ORIGINALE	OPÉRATION
105	STEINTHAL	1900	44 ans	H	Sténose du pylore. Hé- morrhagie.	G. E. postérieure au bouton de Murphy.
106	MIKULICZ	1903	2 mois	F	Sténose hypertrophique congénitale du pylore.	G. E. antérieure pré- colique. Entéro- anastomose.
107	CACOVIC	1903	37 ans	H	Sténose du pylore.	G. E. postérieure.
108	KEY-LENANDER	1907	25 ans	F	Cancer du pylore.	G. E. antérieure ré- trocolique.
109	LION et MOREAU	1909	43 ans	H	Sténose du pylore.	G. E. postérieure.
110	VON EISELBERG	1910	40 ans	H	Ulcère calleux sténosant du pylore.	Exclusion du pylore. G. E. postérieure
111	PETREN	1911	18 ans	H	Ulcère gastrique. Sté- nose. Hémorrhagie.	G. E. postérieure.
112	HABERER	1918	40 ans	H	Ulcère duodéal.	Exclusion du pylore. G. E. postérieure.
113	POLYA	1920	36 ans	H	Ulcère duodéal.	Exclusion du pylore. G. E. postérieure
114	MASSIE	1924	28 ans	H	Ulcère duodéal.	G. E. antérieure.
115	BUNDSHUH	1924	49 ans	H	Ulcère gastrique.	G. E. antérieure. Entéro-anastomose.
116	STEINBERG	1924	36 ans	H	Ulcère duodéal perf.	G. E. postérieure.
117	SCHWARZ	1925	39 ans	H	Ulcère gastrique.	G. E. antérieure.
118	CHARBONNEL et LEURET	1925	60 ans	H	Sténose par ulcère.	G. E. postérieure à anse courte.
119	ZENO	1926	23 ans	H	Ulcère duodéal perf.	G. E. postérieure.

INTERVALLE	PERFORATION	OPÉRATION	RÉSULTAT	OBSERVATIONS
10 jours	4 perforations.	Non pratiquée.	Décès	A l'autopsie : 2 perforations sur l'anse efférente et 2 sur l'anse afférente.
82 jours	La plus grande sur l'anse afférente, d'autres sur la bouche.	Non pratiquée.	Décès	Autopsie.
5 jours	2 perforations sur l'anse efférente.	Non pratiquée.	Décès	Autopsie : 1 perforation vis-à-vis de la bouche 1 à 1 cm. 1/2 en dessous.
10 jours	2 sur l'anse afférente à 20 et 37 mm. de la bouche.	Non pratiquée.	Décès	Autopsie.
8 jours	Jéjunum afférent.	Non pratiquée.	Décès	Autopsie : perforation sur le jéjunum afférent. Fistule jéjuno-colique.
2 mois	Du jéjunum en face de la G. E.	Suture. Nouvelle G. E. antérieure.	Décès	Autopsie : 5 ulcères jéjuniaux à côté de la perforation. Fistule jéjuno-colique.
5 jours	Sur l'anse efférente.	Non pratiquée.	Décès	Autopsie : 2 ulcères de l'anse afférente dont un perforé.
58 jours	—	Suture.	Décès	Ulcères multiples. 4 fistules jéjuno-coliques.
10 mois	Sur le jéjunum en face de la bouche de G. E.	Suture.	Décès	4 ulcères.
16 mois	2 perforations sur l'anastomose et le jéjunum afférent.	Suture.	Guérison	Secondairement : dégastro.
14 ans	Sur le jéjunum efférent.	Mickulicz-Reichel.	Guérison	2 ulcères du jéjunum efférent. Fistule jéjuno-colique.
—	Sur le jéjunum efférent.	Suture.	Guérison	Ulcères multiples. 12 ans après, nouvelle perforation. Suture. Guérison.
1 an	Sur la bouche de G. E.	Reichel-Roux.	Guérison	Ulcères multiples.
13 ans	2 perforations.	Enfouissement à la 16 ^e heure.	Décès	Perforation du bout afférent à 1 cm. 1/2 de la bouche et perforation minuscule au niveau de la bouche.
5 mois	Sur la bouche de G. E.	G. E. antérieure.	Guérison	Secondairement : dégastro double. Ulcères multiples.

ULCÈRES MULTIPLES (*suite*)

Nos	NOMS	DATE	AGE	Sexe	MALADIE ORIGINALE	OPÉRATION
120	BRUTT	1927	40 ans	H	Perforation d'ulcère.	Billroth II.
121	STEDEN	1931	30 ans	H	Ulcère gastrique perf.	Résection du pylor.
122	SINGER et MEYER	1934	50 ans	H	Ulcère perforé.	G. E.
123	SCHILLING	1935	31 ans	H	Ulcère duodénal.	Polya. Entéro-anas- tomose.

INTERVALLE	PERFORATION	OPÉRATION	RÉSULTAT	OBSERVATIONS
1 an	—	Suture.	Décès	Ulcères multiples.
4 ans	En face de la bouche de G. E.	Polya.	Guérison	Ulcères multiples. Fistule jéjuno-colique.
3 ans	Sur le jéjunum afférent.	Nouvelle G. E.	Décès	Fistule jéjuno-colique.
2 ans	—	Excision. G. E.	Guérison	Ulcères multiples.

BIBLIOGRAPHIE

- ASHCROFT (A.-T.). — The cases of perforated jejunal ulcer.
Brit. Med. Jour., p. 528, 1926, T. 1.
- BATTLE (W.-H.). — Pathological Perforations of the digestive Tract. *The Lancet*, p. 273-276 et 1246, 1906, T. 1.
— Perforation of a gastro-jejunal ulcer : operation - Recovery.
Brit. Med. Jour., p. 989, 1910, T. 1.
- BALFOUR. — Occurrence and management of g. j. ulcers.
Annals of Surgery, p. 279, 1926.
- BERTRAND (P.) et ETIENNE-MARTIN (M.). — La perforation en péritoine libre des ulcères peptiques post-opératoires jéjunaux et gastro-jéjunaux. *Lyon chirurgical*, p. 641-669, 1933, T. 30.
- BRANDTNER (C.-E.) and TONNIS (W.). — Beitrag zur Häufigkeit und Behandlung des ulcus pepticum jejuni nach Gastro-enterostomie wegen perforierten Magen und duodenal ulcus. *Deutsch. z. für chir.*, p. 93-96, 1932, T. 236.
- BRAUN (W.). — Demonstration eines preparates einer II Monate nach der Austurung der Gastroenterostomie entstandenen Perforation des Jejunum. *Verhandlungen des Deutschen Gesellschaft für chirur.*, p. 94-97, 1899, T. 28.
- BRENTANO. — Vorstellung zweier operativ Geheilten Magen-perforationen. *Zentralt. f. chir.*, p. 203-204, 1903, T. 30.
- BRUTT (H.). — Beiträge zur Klinik und zur operativen Behandlung des peptischen jejunal Geschwurs nach Gastro-enterostomie. *Beitrag zur Klin. chir.*, p. 41-60, 1922, T. 126.
— Bericht über die XXXIV Tagung der Vereinigung Nordwestdeutscher chirurgen. *Zentralb. f. chir.*, p. 2268-2269, 1927, T. 54.

- BUNDSCHUH. — Zur Frage der Resektion beim freiperforierten Magen. Zwölffingerdann geschwul. *Arch. für Klin. chir.*, p. 287-296, 1924, T. 129.
- CACOVIC (M.). — O. okruglien cirovima jejuna iza gastroenterostomye. *Liecnicki Viestnik*, p. 239-249, 1903, T. 25.
- CHARBONNEL (M.) et LEURET (F.). — Perforation en péritoine libre d'un double ulcère peptique jéjunal et gastro-jéjunal. *Gazette hebdm. des Sciences médicales de Bordeaux*, p. 727-730, 1925, T. 46.
- CLAVEL et BRUN. — Perforation d'ulcus peptique gastro-jéjunal. *Lyon-Médical*, octobre 1933.
- DAVENPORT (G.-L.). — Five operations in twelve years for perforation. *J. A. M. A.*, p. 99-101, 1931, T. 97.
- DELALOYE (L.). — Beitrag zur Gastroenterostomie. *Deutsch. z. für chir.*, p. 502-525, 1906, T. 83.
- DELANOY. — In Thèse de DUCROCQ, Lille, juillet 1931.
- DELOR Y CASTRO (R.). — Ulcera gastrojejunal perforada. *Archivos Espanoles de infermadades del Aparato digestivo*, p. 330-332, 1926, T. 9.
- DINEEN (E.-V.). — A second acute perforation of marginal ulcer. *N. Y. State Jour. Med.*, p. 611, 1934, T. 34.
- DUDGEON (L.-S.) and SARGENT (P.-W.-C.). — The bacteriology of peritonis, London, p. 68-69, 1905.
- EDINGTON (G.-H.). — Case of perforation of jejunal ulcer seven years after gastro jejunostomy. *Glasgow Med. Jour.*, p. 463-471, 1907, T. 67.
- EHRLICH (S.-P.). — Repeated perforations of the peptic ulcers with recovery. *J. A. M. A.*, p. 1870, 1928, T. 90.
- EISELBERG (A.). — Die chirurgische Therapie des Magenulcus. *Mittel a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, p. 1-18, 1906, T. 16.
- Zur Kasuistik des Ulcus pepticum. *Zentralbl. für chir.*, p. 1532, 1910, T. 37.
- FROMME (A.). — Über primäre Resektion des in die freie Bauchhöhle geplatzten ulcus pepticum jejuni. *Beit. z. Klin. chir.*, p. 111-115, 1929, T. 147.

- GOEPEL. — *Leipzig Kargressbericht*, p. 108, 1902, T. 31.
- GOSSET (A.). — L'ulcère peptique du jéjunum après gastro-entérostomie. *Revue de Chirurgie*, p. 54 et 290, 1906.
- Traitement des ulcères peptiques post-opératoires. *Rapport au XL^e Congrès de chirurgie*, Paris, 5-10 octobre 1931.
- GRASER. — *Verhandl. d. Deutschen Gesellschaft. f. chir.*, p. 95-96, 1906, T. 35.
- HABERER (H.). — Ulcus duodenni und perforatives peptisches jejunal geschwur. *Arch. f. Klin. chir.*, p. 413-566, 1918, T. 109.
- Zur Frage des ulcus pepticum jejuni. *Archiv. f. Klin. chir.*, p. 712-765, 1922, T. 119.
- HAHN. — *Verhandl. d. Deutschen Gesellschaft. f. chir.*, p. 74, 1899, T. 28.
- HALL BASIL. — *Gastric Surgery*, 1906.
- HAMANN (C.-A.). — Peptic ulcer following Gastrojejunos-tomy. *Cleveland Med. Jour.*, p. 183-187, 1907, T. 6.
- HARTMANN (H.). — Perforation d'un ulcère peptique du jéjunum six ans après une gastro-entérostomie. Cas de Marquis. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, p. 1517-1537, 1913, T. 39.
- HENRY (C.-K.-P.). — Recurrent gastric perforations. *Surg. Gyn. and Obst.*, p. 542-543, 1921, T. 32.
- HINTON (J.-W.) and CHURCH (R.-E.). — The incidence of gastrojejunal ulcer following gastro-enterostomy. *Amer. Jour. Dig. Dis. and nut.*, p. 526-536, 1934, T. 1.
- HITZROT (J.-M.). — Perforated ulcer of the jejunum seven years after Roux Gastroenterostomy. *Annals of Surg.*, p. 571-573, 1911, T. 53.
- JANIU (A.). — Ulcerul peptic al jejunulin dupa gastro-entérostomie. *Rev. de Chir.* (Bucarest), p. 405-424, 1907, T. 11.
- JENSEN (J.). — Ulcus pepticum jejuni. *Hospital Tidende*, p. 1321-1333, 1908, T. 1.
- JUDINE (S.-S.). — L'anesthésie locale pour les grandes opérations de l'estomac. *Lyon Chirurgical*, nov.-déc. 1930, T. 27.

- JURA (V.). — Ulcèra perforata del diginuo dopo gastro enterostomia per ulcus simplex duodeni. *Bull. e. Atti. d. r. Accad. di Roma*, p. 131-134, 1927, T. 53.
- JUST (E.). — Zur Frage des frei in die Bauchhöhle perforierten Ulcus pepticum jejuni. *Wein. Klin. Wehn.*, p. 500-502, 1929, T. 42.
- KEY (E.). — Der Kirurgiska behandlingen auf Ulcus ventriculi 5 Ulcus pepticum jejuni. *Nord. Med. Archiv.*, p. 97-166, 1907, T. 40.
- KONTJETZNY (G.-E.). — Der freie Durchbruch des Ulcus post-operativum jejuni und seine Behandlung. *Brunns' Beitrage zur Klin. chir.*, p. 297, 301, 1934, T. 159.
- KUNZ (H.). — Über das perforierte Magenduodenalgeschwür und das perforierte pepticum jejuni. *Archiv. f. Klin. chir.*, p. 419-426, 1926, T. 140.
- LERICHE (R.). — Pathogénie des ulcères peptiques post-opératoires. *Rapport au XL^e Congrès de Chirurgie*, Paris, 5-10 octobre 1931.
- LEVEUF (J.). — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 14 avril 1926.
- La perforation en péritoine libre des ulcères post-opératoire du jéjunum. *Revue de Chirurgie*, p. 101-131, 1927, T. 65.
- LEWISOHN (R.). — Secondary gastric resection for perforated gastrojejunal ulcer with peritonitis. *Annals of Surg.*, p. 1027-1030, 1934, T. 100.
- LIEBLEIN (V.). — Das ulcus jejuni und ulcus gastrojejunale nach Gastroenterostomie. *Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, p. 64-162, 1917, T. 19.
- LINDNER (H.). — Über das Magengeschwür von chirurgischen Standpunkte. *Munch. Med. Wehnchr.*, p. 513-517 et p. 585-589, 1912, T. 59.
- LION (G.) et MOREAU (C.). — La fistule jéjuno-colique par ulcère peptique du jéjunum à la suite de la gastro-entérostomie. *Revue de Chirurgie*, p. 873-896, 1909, T. 39.
- MAC KELVEY (J.-L.). — Some surgical cases. *Med. Jour. Austral.*, p. 411-415, 1922, T. 2.

- MAKKAS (M.). — Die freie Perforation des postoperativen peptischen jejunalgeschwürs. *Brun's Beiträge zur Klin. chir.*, p. 61-84, 1934, T. 159.
- MASSIE (G.). — Perforated jejunal ulcer. *Guy's Hosp. Rep.*, p. 70-80, 1924, T. 74.
- MAYLARD (A.-E.). — Two consecutive perforations of a peptic jejunal ulcer following gastrojejunostomie for a perforated gastric ulcer. *The Lancet*, p. 497, 1910, T. 1.
- MICHON (L.). — Ulcère peptique perforé. Suture de la perforation. Gastrectomie secondaire. *Bull. de la Soc. Nat. de Chir.*, p. 667, 1932.
- MICKULICZ (J.) et ZIEGEL. — Mitt. aus den Grenzgeb. der med. und chir., p. 897, 1903, T. 13.
- MOYNIHAN (B.-G.-A.). — On jejunal ulcer. *Universal Med. Rec.*, p. 11 à 22, 1912, T. 1.
- Abdominal operations. 4^e éd., vol. I, p. 310.
- NIXON (P.-I.) and LOWRY (S.-T.). — Multiple consecutive perforated gastrojejunal ulcers. *Med. Jour. and Re.*, p. 584-586, 1928, T. 128.
- OCKINCZIC. — Présentation d'une pièce opératoire d'ulcère peptique du jéjunum. *Société de Chirurgie de Paris*, p. 992, 1927.
- PATERSON (H.-J.). — Analysis of nineteen cases of peptic jejunal ulcer. *Gastric Surg. London*, p. 140-141, 1906.
- Jejunal and gastrojejunal ulcer following gastrojejunostomy. *Annals of Surg.*, p. 307-440, 1909, T. 50.
- PETREN (G.). — Studien über die ergebnisse der chirurgischen Behandlung des Magen und Duodenalgeschwürs mit ihren nichtakuten Komplikationen. *Beitrag z. Klin. chir.*, p. 305-476, 1911, T. 76.
- POLYA (E.). — Zur Frage der Ausschaltung des ulcus jejuni. *Zentralbl. f. Chir.*, p. 585-589, 1920, T. 47.
- PORZELT (W.). — Das perforierte ulcus pepticum jejuni im Gefolge des Zwölfingerdauengeschwürsdurchbruchs.
- POUZET, HENRY, BALLIVET. — Perforation en péritoine libre d'un ulcère peptique gastro-jéjunal. *Lyon Médical*, 1937.

- RIESS (P.). — Zur Perforations neigung des ulcus pepticum. *Zentralbl. f. Chir.*, p. 2818-2819, 1925, T. 52.
- ROBERTS (A.-T.). — A case of perforating jejunal ulcer following posterior Gastroenterostomy. *Med. Press. and Circ.*, p. 480-481, 1920, T. 109.
- ROBINSON (V.-P.). — A case of partial gastrectomy for pyloric ulcer. *The Lancet*, p. 703-704, 1928, T. 1.
- ROMANIS (W.-H.-C.). — A case of successive gastrojejunal perforations. *The Lancet*, p. 536-537, 1918, T. 1.
- ROUSSELIN (L.). — Résultats immédiats et tardifs des opérations pour ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. *Lyon Chirurgical*, p. 543-570, 1933, T. 30.
- ROWLANDS (R.-P.). — Jejunal and gastrojejunal ulcers. *Proc. Roy. Soc. Med.*, p. 91-92, 1912, T. 5.
- SCHILLING (H.-J.). — Über die operative Behandlung des Ulcus perforans in der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Ullnål (Oslo). *Acta chir. Scand.*, p. 249-269, 1935, T. 76.
- SCHMILINSKY (H.). — Die Einleitung der gesamten duodenal-säfte in den Magen (Innere Apotheke). *Centralb. f. chir.*, p. 416-418, 1918, T. 45.
- SCHWARTZ (F.). — Statistique de Schloffer. *Beitrage z. Klin. chir.*, p. 116-132, 1929, T. 147.
- SCHWARZ (E.). — Über die operative Behandlung der perforierten Magen und duodenal Geschwürs nach der Gastroenterostomie. *Deutsch. Zeitschrift. f. chir.*, p. 239-265, 1925, T. 192.
- SERRA (A.). et LAVENIA (W.). — Ulcera peptica postgastro-entero-anastomosis perforada. *Semana medica*, nov. 1934.
- SILVESTRINI (W.). — Ulcères après gastro-entérostomie perforé en péritoine libre. *Riforma medica*, 1936.
- SIMON (R.). — *Société de Chirurgie de Paris*, p. 1007, juillet 1929.
- SINGER (H.-A.) and MEYER (K.-A.). — Perforation of jejunal ulcer into the free abdominal cavity. *Arch. Surg.*, p. 248-263, 1934, T. 29.

- SPATH (F.). — Über das in die freie Bauchhohle perforierte ulcus pepticum jejuni. *Deutsch. Zeitschrift f. chir.*, p. 113-119, 1927, T. 205.
- STEDEN (E.). — Über ulcus pepticum jejuni mit Perforation in die freie Bauchhohle. *Deutsch. Zeitschrift f. chir.*, p. 404-407, 1931, T. 230.
- STEINBERG (M.-E.). — Acute perforation of jejunal ulcer. *North. west. Med.*, p. 187, 1924, T. 23.
- STEINTHAL. — Multiple perforierende ulcera des jejunum nach gastroenterostomie. *Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. chir.*, p. 139-140, 1900, T. 29.
- TIEGEL (M.). — Über peptische Geschwüre des Jejunum nach gastroenterostomie. *Mitteil. a. d. Grenzgeb. b. Med. u. Chir.*, p. 897-936, 1904, T. 13.
- TOLAND (C.-G.) and THOMPSON (H.-L.). — Acute perforation of gastro-jejunal ulcer. *Annals of Surg.*, p. 827-852, 1936, T. 104.
- TREVOR (D.). — Some clinical features of perforated jejunal ulcers. *The Lancet*, p. 673-674, 1935, T. 1.
- URRUTIA (L.). — Ulcera peptica del yeyuno. *Enfermedades de los intestinos*, Madrid, p. 201-242, 1921.
- WILKINSON (B.-W.). — Free Perforation of jejunal ulcer. *Amer. Jour. Surg.*, p. 120-121, 1935, T. 29.
- WINKELBAUER (A.). — Zurfrage des post operationen ulcus pepticum jejuni. *Arch. f. Klin. chir.*, p. 427-459, 1926, T. 140.
- WOELFLER (A.). — Gastroenterostomie. *Zentralbl. f. Chir.*, p. 705-708, 1881, T. 8.
- WOODSIDE (C.-J.-A.). — Perforation of jejunum. *Brit. Med. Jour.*, p. 667, 1931, T. 1.
- WRIGHT (G.). — Secondary jejunal and gastro jejunal ulceration. *Brit. Jour. Surg.*, p. 390-401, 1919, T. 6.
- ZENO (A.). — Perforacion de una ulcera peptica jejunal en un operado por ulcera perforada del duodeno. *Revista de Medicina*, p. 150, 157, 1926, T. 1.

VU:
Nancy, le 25 Février 1938.
Le Président de Thèse,
HAMANT.

VU ET APPROUVÉ:
Nancy, le 27 Février 1938.
Le Doyen de la Faculté de Médecine,
L. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:
Nancy, le 2 Mars 1938.
Pour le Recteur de l'Académie,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
R. CORNUBERT.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
OBSERVATION PERSONNELLE	8
HISTORIQUE	10
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	13
ÉTIOLOGIE	17
ÉTUDE CLINIQUE	27
LE TRAITEMENT ET SES RÉSULTATS	30
INDICATIONS OPÉRATOIRES	38
CONCLUSIONS	40
OBSERVATIONS	43
BIBLIOGRAPHIE	63
